

II 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 業務帳票様式

1 北九州市版の帳票様式について

(1) 「北九州市版介護予防サービス・支援計画表作成マニュアル」について

「介護予防サービス・支援計画表」の考え方や記入方法については、効率的で適切かつ北九州市様式にそった介護予防サービス・支援計画表を作成するための一助となるよう、実状を踏まえた作成マニュアルを別途作成し、北九州市ホームページにおいてダウンロードできるようにしています。

(2) 「利用者基本情報」について

ア 北九州市様式について

介護予防ケアマネジメントで使用する「利用者基本情報」は、北九州市では、標準様式としてアセスメント項目を組み込んだ「北九州市版利用者基本情報」を作成しています。

また、簡易入力できるように、表計算ソフト（MS社製エクセル）による様式を準備しており、北九州市ホームページにおいて、ダウンロードできるようにしています。

なお、記入方法については、「北九州市版介護予防サービス・支援計画表作成マニュアル」に掲載しています。

※地域包括支援センターでは、システムによる直接入力となります。

イ 作成について

「個人情報の提示に関する同意」欄のほか、家族の個人情報を利用する場合の同意欄を設けています。

個人情報の利用について、利用者・家族からの同意、署名を受けてください。

※利用者については、利用者基本情報による同意だけでは不十分ですので、必ず、別途「個人情報使用同意書」が必要となります。

ウ 原本について

「利用者基本情報」の原本（利用者署名があるもの）は、受託事業者作成分についても、地域包括支援センターが保管します。

地域包括支援センターは、ケアプラン確認の後、原本をコピーします。受託事業者はそのコピーの交付を受けてください。

(3) 「介護予防サービス・支援計画表、評価表」について

ア 北九州市様式について

介護予防ケアマネジメントで使用する「介護予防サービス・支援計画表、評価表」は、北九州市では、標準様式としてアセスメント項目を組み込んだ「北九州市版介護予防サービス・支援計画表①～③」を作成しています。

北九州市版介護予防サービス・支援計画表については、簡易入力できるように、表計算ソフト（MS社製エクセル）による様式を準備しており、北九州市ホームページにおいて、ダ

ダウンロードできるようにしています。

なお、様式の使い方については、「北九州市版介護予防サービス・支援計画表作成マニュアル」に掲載しています。

※地域包括支援センターでは、システムによる直接入力となります。

イ 標準様式の取扱いについて

今後は、上記北九州市版の様式に加え、全国版の標準ケアプラン様式(介護予防サービス・支援計画表)も利用可能といたします。全国版の標準ケアプラン様式を使用する場合は、基本チェックリストも添付してください。

ウ 作成について

ケアプラン作成者は、適切なアセスメントにより作成した「介護予防サービス・支援計画表」に、サービス担当者会議等で決定したサービス種別・利用回数等を記載してください。

また、内容を利用者本人・家族等に確認し、その同意を得た上で、利用者本人から署名を受けてください。

エ 原本について

「介護予防サービス・支援計画表」の原本(利用者署名があるもの)は、受託事業者作成分についても、地域包括支援センターが保管します。

地域包括支援センターは、ケアプラン確認の後、原本をコピーし、受託事業者はそのコピーの交付を受けてください。

オ サービス事業者への交付について

事務簡略化のため、サービス担当者会議に出席したサービス事業者への「介護予防サービス・支援計画表」の写しを渡す方法については、下記取扱いを認めます。

- プラン作成担当者は、サービス担当者会議において、「介護予防サービス・支援計画表 原案」が確認された上で(受託事業者が作成したプランについては、地域包括支援センター確認印押印後)、「原本と相違ないことを証する」旨の記載(ゴム印でも可)し、担当者の私印を押印し、サービス事業者へ交付する。(利用者へ交付する「介護予防サービス・支援計画表」についても同様の取扱い可。)

なお、プラン作成担当者は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」にこの経緯を記載しておくこと。

- 居宅サービス計画
 介護予防サービス計画
 介護予防ケアマネジメント

作成依頼（変更）届出書

いずれかにチェックをしてください

		届出区分	
		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
		個人番号	
サービス計画等の作成を依頼（変更・廃止）する事業所			
事業所名		事業所の所在地	
		〒	
事業所番号			
		電話番号 ()	
サービス開始（変更）年月日		令和 年 月 日	
事業所種別 ※下記のうち当てはまるものにチェックをしてください。		事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 （ <input type="checkbox"/> 指定事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 （ <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付） 利用開始月の居宅（介護予防）サービス利用実績 （ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		事由	
北九州市長 様			
上記の事業所に		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	
の作成を依頼することを届出します。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
被保険者			
氏名 _____		電話番号 () _____	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 事業所の事業所番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複	受付	入力

【注意事項】

- この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくはサービス計画等の作成を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに北九州市へ提出してください。
- 事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず北九州市に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合で、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する場合は、その施設の所在地の市町村の窓口へ提出してください。

居 宅 サ ー ビ ス 計 画
介 護 予 防 サ ー ビ ス 計 画 作 成 依 頼 (変 更) 届 出 書 の 記 入 方 法
介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト

「介護保険被保険者証（原本）」又は「介護保険資格者証」を必ず添付してください。
また、この届出書を提出する前に必ず、事業所にサービス計画を作成するように依頼してください。
なお、介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設など）に入所（院）している方は提出の必要はありません。

- ① 区分（新規・変更）
 - ・初めて届出をする場合は、「新規」に、既に届出している事業所を変更する場合は、「変更」にチェックをしてください。
- ② 被保険者番号
 - ・「介護保険被保険者証」又は「介護保険資格者証」の被保険者番号欄の番号を転記してください。
- ③ サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業所
 - ・サービス計画等の作成を依頼する事業所名及び事業所番号とその所在地を記入してください。
 - ・事業所を変更する場合は、変更後の事業所名を記入してください。
- ④ サービス開始（変更）年月日
 - ・サービスを開始（変更）する年月日を記入してください。
- ⑤ 事業所の種別
 - ・当てはまる事業所にチェックをしてください。
 - ・居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受けて実施する場合は、介護予防支援事業所と指定事業所にチェックをしてください。（介護予防支援のみ）
 - ・小規模多機能型居宅介護事業所の場合は、介護給付か予防給付のいずれか当てはまるものにチェックをしてください。
さらに、小規模多機能型居宅介護利用開始月における居宅（介護予防）サービス利用実績の有無にチェックをしてください。
- ⑥ 事業所を変更する場合の事由等
 - ・事業所を変更する場合のみ記入してください。
 - ・変更年月日は、変更したサービス計画に基づき、実際にサービスの提供を受ける年月日を記入してください。
- ⑦ 被保険者住所
 - ・住民票の住所を記入してください。
- ⑧ 個人番号
 - ・個人番号が把握できない場合は、空欄でも差し支えありません。

◆問い合わせ先（区役所保健福祉課介護保険担当）

門司区	093-331-1894 (直 通)	八幡東区	093-671-6885 (直 通)
小倉北区	093-582-3433 (直 通)	八幡西区	093-642-1446 (直 通)
小倉南区	093-951-4127 (直 通)	戸畑区	093-871-4527 (直 通)
若松区	093-761-4046 (直 通)		

作成依頼（変更）届出書

- 居宅サービス計画
 介護予防サービス計画
 介護予防ケアマネジメント

いずれかにチェックしてください。

要支援者の場合はどちらにもをつけること。

事業対象者は介護予防ケアマネジメントのみにをつける。

フリガナ		届出区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	
		被保険者番号	
		生年月日	
		□明治 □大正 □昭和 年 月 日	
		個人番号	
サービス計画等の作成を依頼（変更・廃止）する事業所			
事業所名		事業所の所在地	
		〒	
事業所番号		電話番号 ()	
サービス開始（変更）年月日		令和 年 月 日	
事業所種別 ※下記のうち当てはまるものにチェックをしてください。		事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 (<input type="checkbox"/> 指定事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 (<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付) 利用開始月の居宅（介護予防）サービス利用実績 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		事由	
北九州市長 様			
上記の事業所に		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント の作成を依頼することを届出します。	
令和 年 月 日			
住所			
被保険者			
氏名		電話番号 ()	
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 事業所の事業所番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複	
		受付	入力

【注意事項】

- この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくはサービス計画等の作成を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに北九州市へ提出してください。
- 事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず北九州市に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合で、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する場合は、その施設の所在地の市町村の窓口へ提出してください。

北九州市 介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約書

利 用 者

支援事業者 北九州市
(介護予防支援事業所名:)

利用者は介護予防支援又は介護予防支援事業(以下「介護予防支援等」という。)を利用するに当たり、介護予防支援等に関する重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、支援事業者北九州市と下記のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第1条 支援事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護予防支援計画(ケアプラン)(以下「ケアプラン」という。)を作成するとともに、その計画に従った適切なサービスが提供されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。

(契約期間と更新)

第2条 この契約の期間は、契約締結日から第13条に掲げる満了の要件に該当するときまでとします。

(介護予防支援等の担当者等)

第3条 支援事業者は、利用者のために、介護予防支援等の担当者(以下「担当者」という。)として職員を選任し、担当者がその職務を誠実に遂行するよう責任をもって指導監督し、適切な介護予防支援等に努めます。

- 2 支援事業者は、担当者を選任し、又は変更する場合は、利用者の状況とその意向に配慮して行うとともに、支援事業者側の事情により変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。
- 3 支援事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を講じます。
- 4 担当者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者や利用者の家族から提示を求められたときは、身分証を提示します。
- 5 支援事業者は、利用者と協議の上、業務遂行可能な居宅介護支援事業者(以下「事業者」という。)により、適切な介護予防支援等を実施することができると判断される場合は、その事業者に業務を一部委託することがあります。この場合においては、支援事業者は業務を一部委託した事業者に対し、その業務を誠実に遂行するよう指導します。

(ケアプランの作成又は変更)

第4条 支援事業者は、ケアプランの作成又は変更に当たっては、その内容を利用者及びその家族に対し説明し、同意を得ます。

(介護予防支援等の内容等)

第5条 利用者が提供を受ける介護予防支援等の内容は、別に交付する重要事項説明書に定めたとおりです。

- 2 支援事業者は、重要事項説明書に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。
- 3 支援事業者は、一定期間ごとにケアプランについて記載したサービス提供の目標等の達成状況等を評価し、その結果を介護予防サービス・支援評価表に記載して、利用者に説明します。
- 4 支援事業者は、前項の介護予防サービス・支援評価表をこの契約終了後 5 年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ、又は複写物を交付します。ただし、複写物の交付については、支援事業者は、利用者に対し実費相当額を請求できるものとします。

(施設入所への支援)

第 6 条 支援事業者は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難と認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望した場合、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援をします。

(緊急時の対応)

第 7 条 支援事業者は、現に介護予防支援等の提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡をする等必要な措置を講じます。

(秘密保持)

- 第 8 条 支援事業者及び支援事業者が使用する者は、サービス提供をする際に知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- 2 支援事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及び利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

(個人情報の利用)

- 第 9 条 この契約を履行する際に必要な個人情報は、重要事項説明書の記載に従い利用します。
- 2 支援事業者及び支援事業者が使用する者は、介護保険に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づき、サービス提供を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に利用者及びその家族に関する個人情報を利用します。
 - 3 支援事業者は、個人情報を使用した場合に、その目的、相手方、内容等を記録します。
 - 4 個人情報の提供は、目的の範囲内で必要最小限にとどめ、関係者以外には漏れることのないように注意を払います。
 - 5 利用する期間は、サービス契約期間とします。

(中立義務)

第 10 条 支援事業者は、利用者より委託された業務を行うに当たっては、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類の種類に偏ることのないよう、又は特定の介護予防サービス事業者等による介護予防サービス等を利用するよう利用者を誘導し、若しくは利用者に指示すること等により、特定の介護予防サービス等事業者を有利に扱うことのないよう公正中立に行います。

(賠償責任)

第 11 条 支援事業者は、サービスの提供に当たって利用者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。ただし、支援事業者に故意又は過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

(利用者負担金及びその変更)

- 第 12 条 介護予防支援等については、支援事業者に対して、介護保険制度から給付等が行われるので、利用者は重要事項説明書に定める料金の自己負担をする必要はありません。ただし、保険料の滞納等がある場合は、この限りではありません。
- 2 利用者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合は、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。

(契約の終了)

第 13 条 次の事由に該当した場合は、この契約はその時点で自動的に失効します。

- (1) 利用者の要介護認定区分が、要介護と認定されたとき。
- (2) 利用者の要介護認定区分が自立(非該当)で、事業対象者にならなかったとき。
- (3) 事業対象者とならないまま、要支援認定の有効期間が終了したとき。
- (4) 次条又は第 15 条の規定により、この契約が解除されたとき。
- (5) 利用者が死亡したとき。
- (6) 利用者の所在が、2 週間以上不明になったとき。
- (7) 利用者が、指定介護予防支援事業者である指定居宅介護支援事業者が提供する介護予防支援に関する契約を締結したとき。

(利用者の解約権)

第 14 条 利用者は支援事業者に対して、契約終了希望日の 7 日前までに通知することにより、この契約を解約することができます。なお、この場合、支援事業者は利用者に対し、文書による確認を求めることができます。ただし、利用者の病状の急変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、直ちにこの契約を解約することができます。

2 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) 支援事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき
- (2) 支援事業者が、利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

(支援事業者の解約権)

第 15 条 支援事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、支援事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、文書により 2 週間以上の予告期間をもってこの契約を解約することができます。

(契約終了時の援助)

第 16 条 契約を解約又は終了する場合には、支援事業者、利用者が指定する他の居宅介護支援事業者その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者等と連携し、利用者に対して必要な援助を行います。

(苦情処理)

第 17 条 支援事業者は、自ら提供した介護予防支援等又はケアプランに位置付けた介護予防サービス等に関する利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応します。
2 支援事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これらを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(利用者代理人)

第 18 条 利用者は、自らの判断によるこの契約に定める権利の行使と義務の履行に支障が生じるときは、あらかじめ選任した代理人をもって行わせることができます。

(裁判管轄)

第 19 条 この契約に関する紛争の訴えは、利用者の住所地を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(契約外事項)

第 20 条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

(協議事項)

第 21 条 この契約に関して争いが生じた場合は、第 1 条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議した上で解決するものとします。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、支援事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

<利用者>

氏名 _____ 印

※利用者代理人(選任した場合)

代理人氏名 _____ 印

<支援事業者>

支援事業者名 _____ 北九州市
(介護予防支援事業所名: _____)

代表者名 _____ 武内 和久 印

北九州市 介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）

利用者	北九 花子
支援事業者	北九州市
(介護予防支援事業所名:)	

担当者（ケアマネジャー）が記載してもよい。

介護保険証の通りに記載する。
例：恵⇒恵
真⇒真

利用者は介護予防支援又は介護予防支援事業(以下「介護予防支援等」という。)を利用するに当たり、介護予防支援等に関する重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、支援事業者北九州市と下記のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第1条 支援事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護予防支援計画(ケアプラン)(以下「ケアプラン」という。)を作成するとともに、その計画に従った適切なサービスが提供されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。

(契約期間と更新)

第2条 この契約の期間は、契約締結日から第13条に掲げる満了の要件に該当するときまでとします。

(介護予防支援等の担当者等)

第3条 支援事業者は、利用者のために、介護予防支援等の担当者(以下「担当者」という。)として職員を選任し、担当者がその職務を誠実に遂行するよう責任をもって指導監督し、適切な介護予防支援等に努めます。

- 2 支援事業者は、担当者を選任し、又は変更する場合は、利用者の状況とその意向に配慮して行うとともに、支援事業者側の事情により変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。
- 3 支援事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を講じます。
- 4 担当者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者や利用者の家族から提示を求められたときは、身分証を提示します。
- 5 支援事業者は、利用者と協議の上、業務遂行可能な居宅介護支援事業者(以下「事業者」という。)により、適切な介護予防支援等を実施することができると判断される場合は、その事業者に業務を一部委託することがあります。この場合においては、支援事業者は業務を一部委託した事業者に対し、その業務を誠実に遂行するよう指導します。

(ケアプランの作成又は変更)

第4条 支援事業者は、ケアプランの作成又は変更に当たっては、その内容を利用者及びその家族に対し説明し、同意を得ます。

(介護予防支援等の内容等)

第5条 利用者が提供を受ける介護予防支援等の内容は、別に交付する重要事項説明書に定めたとおりです。

(2・3ページ目は省略)

(協議事項)

第 21 条 この契約に関して争いが生じた場合は、第 1 条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議した上で

上記の契約を証するため
保有するものとします。

やむを得ず代筆の場合は、代筆と記載し、その横に代筆者の署名・続柄を追加記入し捺印。(代理と代筆は異なります)
支援経過記録に、代筆の依頼を受けたことについて明確に記録し、代筆の依頼を受けた証明ができるように、代筆に至った経過を必ず記録

、1通ずつ
月 日

<利用者>

氏名 北九花子 印
代筆 北九はるみ(次女)

※利用者代理人(選任した場合)
代理人氏名 _____ 印
ここで示す代理人とは、成年後見人等を指します

<支援事業者>

支援事業者名 北九州市
(介護予防支援事業所名: _____)
代表者名 武内 和久 印

※ 1 契約期間の開始日とは、サービスを開始する前に内容を説明し、同意を得た日を記載する。
※ 2 契約書に訂正がある場合は、下記のいずれかの方法で訂正すること。修正テープ・修正液・砂消しゴム等での修正は不可。
① 該当箇所に二重線を引いて訂正し、該当箇所の上に、当事者全員(利用者、利用者代理人(選任した場合)、北九州市長)の印を直接押印する。
北九 次郎
例) 北九 太郎 (本 市 印)
② 該当箇所に二重線を引いて訂正し、欄外に「○字訂正」と記載して、その上に当事者全員(利用者、利用者代理人(選任した場合)、北九州市長)の印を押印する。
北九 次郎 枠外に (本 市 印)
例) 北九 太郎 四字訂正

1. 介護予防支援・介護予防支援事業の内容

- (1) 支援事業者は、利用者が自宅において日常生活を営むために必要な居宅サービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた「介護予防サービス計画(ケアプラン)」(以下「ケアプラン」という。)を作成するとともに、当該計画に基づいて適切なサービス提供が確保されるように、サービス担当者会議等、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
- (2) 介護予防支援又は介護予防支援事業（以下「介護予防支援等」という。）に当たっては、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様なサービス事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。
- (3) 介護予防支援等に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定サービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
利用者は、「ケアプラン」に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
- (4) 介護予防支援等に当たっては、要支援状態の軽減もしくは要介護状態になることの予防に資するよう行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービス等との連携に十分配慮します。
- (5) 介護予防支援等に当たっては、介護予防の効果を最大限発揮できるよう、利用者の改善の可能性を実現するために適切なサービスを選択し、利用者の自立に向けた目標指向型の「ケアプラン」を策定します。
- (6) 介護予防支援等に当たっては、介護予防の効果を最大限発揮できるよう、利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援すること、利用者の自立の可能性を最大限に引き出すことに努めます。
- (7) 支援事業者は、「ケアプラン」の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、「ケアプラン」の実施状況を把握するとともに、利用者について解決すべき課題を把握し、必要に応じて、「ケアプラン」の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (8) 前項の「ケアプラン」の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。
- (9) 支援事業者は、利用者が要介護認定または要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。
また、支援事業者は、利用者が希望する場合は、利用者に代わって要介護認定等の申請を行います。
- (10) 支援事業者は、「ケアプラン」作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、福岡県国民健康保険団体連合会及び北九州市に提出します。

2. 介護予防支援等の担当等

(1) 担当する地域包括支援センターは、次のとおりです。

介護予防事業所名 事業所

(2) 業務遂行可能な居宅介護支援事業者（以下、「事業者」という。）へ介護予防支援の一部を委託する場合、事業者及び連絡先は、次のとおりです。

事業者 事業者

連絡先(電話)

(3) サービスについてご相談や不満がある場合には、上記の地域包括支援センターもしくは事業者までお寄せ下さい。

3. 市町村への届出

この介護予防支援等のサービスを受ける際には、その旨を各区の窓口へ届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続きは上記の担当の介護支援専門員等にご相談ください。

4. 利用者負担金

(1) 介護予防支援等については、利用者の負担金はありません。

(2) 介護支援専門員等が通常のサービス地域を越える地域の訪問・出張する必要がある場合には、その交通費(実費)の支払いが必要となります。

5. 個人情報の利用

「ケアプラン」の作成にあたって得た個人情報について、以下の点に配慮し利用します。

(1) 個人情報保護の重要性を認識し、「ケアプラン」作成に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱います。

(2) 「ケアプラン」作成にあたって得た個人情報について、漏洩又は毀損の防止のために、個人情報の適切な管理に必要な措置を講じます。

(3) 個人情報を取得する場合は、支援に必要な範囲内で適法かつ公正な手段で取得します。

令和 年 月 日

<支援事業者>

支援事業者名 北九州市

<説明者>

所属

氏名

サービス提供にあたり、支援事業者より、上記内容について説明を受け、了承しました。

<利用者>

氏名 ㊟

〔 ※利用者代理人(選任した場合)

代理人氏名 ㊟ 〕

1. 介護予防支援・介護予防支援事業の内容

- (1) 支援事業者は、利用者が自宅において日常生活を営むために必要な居宅サービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた「介護予防サービス計画(ケアプラン)」(以下「ケアプラン」という。)を作成するとともに、当該計画に基づいて適切なサービス提供が確保されるように、サービス担当者会議等、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
- (2) 介護予防支援又は介護予防支援事業(以下「介護予防支援等」という。)に当たっては、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様なサービス事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。
- (3) 介護予防支援等に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定サービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
利用者は、「ケアプラン」に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
- (4) 介護予防支援等に当たっては、要支援状態の軽減もしくは要介護状態になることの予防に資するよう行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービス等との連携に十分配慮します。
- (5) 介護予防支援等に当たっては、介護予防の効果を最大限発揮できるよう、利用者の改善の可能性を実現するために適切なサービスを選択し、利用者の自立に向けた目標指向型の「ケアプラン」を策定します。
- (6) 介護予防支援等に当たっては、介護予防の効果を最大限発揮できるよう、利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援すること、利用者の自立の可能性を最大限に引き出すことに努めます。
- (7) 支援事業者は、「ケアプラン」の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、「ケアプラン」の実施状況を把握するとともに、利用者について解決すべき課題を把握し、必要に応じて、「ケアプラン」の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (8) 前項の「ケアプラン」の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。
- (9) 支援事業者は、利用者が要介護認定または要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。
また、支援事業者は、利用者が希望する場合は、利用者に代わって要介護認定等の申請を行います。
- (10) 支援事業者は、「ケアプラン」作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、福岡県国民健康保険団体連合会及び北九州市に提出します。

2. 介護予防支援等の担当等

(1) 担当する地域包括支援センターは、次のとおりです。

介護予防事業所名 事業所 地域包括支援センター〇〇〇〇

(2) 業務遂行可能な居宅介護支援事業者（以下、「事業者」とい
一部を委託する場合、事業者及び連絡先は、次のとおりです。

事業者 事業者 株式会社 〇〇〇〇

連絡先(電話) 562-XXXX

(3) サービスについてご相談や不満がある場合には、上記の地
域は事業者までお寄せ下さい。

事業者欄法人・団体名、
法人・団体名の連絡先
を記載（ゴム印可）

※法人・団体名や連絡
先が変更となった場合
は、取直しが必要。

3. 市町村への届出

この介護予防支援等のサービスを受ける際には、その旨を各区の窓口へ届け出て、被
保険者証に記載する必要があります。具体的な手続きは上記の担当の介護支援専門員等
にご相談ください。

4. 利用者負担金

(1) 介護予防支援等については、利用者の負担金はありません。

(2) 介護支援専門員等が通常のサービス地域を越える地域の訪問・出張する必要がある
場合には、その交通費(実費)の支払いが必要となります。

5. 個人情報の利用

「ケアプラン」の作成にあたって得た個人情報について、以下の点に配慮し利用します。

- (1) 個人情報保護の重要性を認識し、「ケアプラン」作成に当たっては、個人の権利利益
を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱います。
- (2) 「ケアプラン」作成にあたって得た個人情報について、漏洩又は毀損の防止のために、
個人情報の適切な管理に必要な措置を講じます。
- (3) 個人情報を取得する場合は、支援に必要な範囲内で適法かつ公正な手段で取得しま
す。

説明日（契約日もしくは契約日以前であること）

令和 年 月 日

<支援事業者>

支援事業者名 北九州市

<説明者>

所属 〇〇ケアプランセンター

重要事項の説明を行った職員
の所属、氏名を記載（ゴム印可）

氏名 小倉 みき

サービス提供にあたり、支援事業者より、上記内容について説明を受け、承諾しました。
<利用者>

自署の場合、押印省略

氏名 北九 花子 印

代筆 北九 けるみ(次女)

※利用者代理人(選任)

代理人氏名

やむを得ず代筆の場合は、代筆と記載し、
その横に代筆者の署名・続柄を記入し押印。

支援経過記録に、代筆の依頼を受けたことの証明がで
きるように、代筆に至った経過を必ず記録する。

ここで示す代理人とは、成年後
見人等を指します

同意書

介護予防支援又は介護予防支援事業(ケアマネジメント)を利用するにあたり、
支援事業者(=地域包括支援センター)が、下記の居宅介護支援事業者に、ケアプラン原案の作成等の業務を委託することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ ④

※利用者代理人(選任した場合)

代理人氏名 _____ ④

利用者住所 _____

支援事業者 _____ 北九州市 _____

(介護予防支援事業所名： _____)

受託事業者 _____

受託事業者住所 _____

記入例

同意書

介護予防支援又は介護予防支援事業(ケアマネジメント)を利用するにあたり、支援事業者(=地域包括支援センター)が、下記の居宅介護支援事業者に、ケアプラン原案の作成等の業務を委託することに同意します。

説明日(契約日もしくは契約日以前であること)

令和 年 月 日

自署の場合、押印省略可

利用者氏名 北九 花子 印

代筆 北九 はるみ(次女)

利用者代理人(選任した場合)

やむを得ず代筆の場合は、**代筆と記載し、その横に代筆者の署名・続柄を追加記入し押印**

支援経過記録に、代筆の依頼を受けたことの証明ができるように、代筆に至った経過を必ず記録する。

ここで示す代理人とは、成年後見人等を指します

支援事業者 北九州市

(介護予防支援事業所名：

受託事業者 _____

受託事業者住所 _____

受託事業者には法人・団体名、受託事業者住所には法人・団体の住所を記載(ゴム印可)

※法人・団体名が変更となった場合は、取直しが必要。ただし、法人・団体名は変わらず、住所のみ変更であれば、取直し不要。

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防支援計画の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者等の範囲

地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、介護保険施設の関係者又は主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

年 月 日から契約終了日まで

契約日

4 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すこと。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

契約日

事業者 北九州市 (地域包括支援センター〇〇〇) 様

受託事業者には法人・団体名を記入

受託事業者 様

（利用者）住所 _____

氏名 _____

（家族）住所 _____

氏名 _____

住所 _____

氏名 _____

住所 _____

住所 _____

住所 _____

住所 _____

住所 _____

やむを得ず代筆の場合は、代筆と記載し、その横に代筆者の署名・続柄を追加記入する。
支援経過記録に、代筆の依頼を受けたことについて明確に記録し、代筆の依頼を受けた証明ができるように、代筆に至った経過を必ず記録。

介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約における 個人情報使用同意書

家族用
(郵送が必要な場合)

利用者●●●●及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防支援計画の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者等の範囲

地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、介護保険施設の関係者又は主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

年 月 日から契約終了日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すこと。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

事業者 北九州市（地域包括支援センター〇〇〇） 様

受託事業者 _____ 様

(利用者の家族) 住所 _____

氏名 _____

(同) 住所 _____

氏名 _____

利用者●●●●及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防支援計画の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者等の範囲

地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、介護保険施設の関係者又は主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

郵送等の場合は同意書記入日

3 使用する期間

年 月 日から契約終了日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すこと。
- (3) 個人情報を使用した会議

郵送等の場合は同意書記入日

年 月 日

事業者 北九州市（地域包括支援センター〇〇〇） 様

受託事業者 _____ 様

(利用者の家族) 住所 _____

氏名 _____

(同) 住所 _____

氏名 _____

参考

令和 年 月 日

解約届

北九州市長 様

<利用者>

住所

氏名

印

北九州市介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約について、
下記のとおり契約の解約を届け出ます。

記

1 契約解約年月日 令和 年 月 日

2 解約の理由

指定介護予防支援事業者である指定居宅介護支援事業者が提供する介護
予防支援に関する契約を締結するため。

記入例

解約届

令和〇年〇月〇日

解約年月日以前の日付

北九州市長 様

<利用者>

住所 小倉北区〇〇丁目×-×

氏名 北九 花子

契約に係る届出のため、
押印が必要

印

北九州市介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約について、
下記のとおり契約の解約を届け出ます。

記

1 契約解約年月日 令和〇年〇月〇日

変更月の月末日（※担当変更開始
日によっては異なる場合あり）
例：7月1日から指定居宅として
契約する場合は6月30日

2 解約の理由

指定介護予防支援事業者である指定居宅介護支援事業者が提供する介護
予防支援に関する契約を締結するため。

※介護等を理由に契約終了になった場合は不要。

介護予防プラン作成 予定者 一覧表

北九州市長 様

受託者

所在地 :

事業所名 :

(事業所番号 :

管理者名 :

連絡先 : TEL

担当者 :

年 月分の作成予定者を、下記のとおり報告します。

〔 統括支援センター確認欄 〕

1 介護予防プラン作成対象者氏名

被保険者番号 ----- 被保険者氏名	I	II	初回・継続・連携加算 ※該当に○			介護予防支援事業所 【地域包括支援センター】	契約書 公印押 印済	情報提 供済	契約書 等発送 済
	いずれかに○								
-----			初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()			
	いずれかに○								
-----			初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()			
	いずれかに○								
-----			初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()			
	いずれかに○								
-----			初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()			
	いずれかに○								

「初回」とは、介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の基本単位に初回加算が上乗せできるものを指す

「継続」とは、介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の基本単位を算定するものを指す

「委託連携加算」とは、介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の利用者一人につき指定介護支援事業所に委託する初回に限り、加算ができるものを指す。

※Ⅰ：介護予防支援対象

予防給付（訪問看護、福祉用具貸与など）もしくは

予防給付＋サービス・活動事業（予防給付型・生活支援型）

※Ⅱ：介護予防ケアマネジメント対象

サービス・活動事業（予防給付型・生活支援型）のみ

年 月 日

受託事業者

様

北九州市 区役所保健福祉課
(区統括支援センター)

年度 介護予防プラン作成委託書 (月～)

下記の要支援1・2の者・事業対象者の介護予防サービス計画作成について、貴事業者へ業務を委託します。

記

被保険者番号	
被保険者氏名	
介護予防支援事業所 《地域包括支援センター》	

介護予防プラン作成 請求者 一覧表 I

(介護予防支援)

北九州市長 様

受託者

所在地：
 事業所名：
 （事業所番号： ）
 管理者名：
 連絡先：TEL 担当者：

年 月分の作成請求者を、下記のとおり報告します。

1 介護予防支援作成対象者

※本一覧表には I と II があります。ご注意ください。※地域包括ごと、被保険者番号順に記載。

被保険者番号 ----- 氏名	初回・継続・委託連携加算 ※該当に○			介護予防支援事業所	備考
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	

- ・「初回」とは、介護予防支援費の基本単位に初回加算が上乗せできるものを指す
- ・「継続」とは、介護予防支援費の基本単位を算定するものを指す
- ・「委託連携加算」とは、介護予防支援費の利用者一人につき指定介護支援事業所に委託する初回に限り、加算ができるものを指す。

※ I : 介護予防支援対象

予防給付（訪問看護、福祉用具貸与など）もしくは
 予防給付＋サービス・活動事業（予防給付型・生活支援型）

請求書兼領収書 (雑用)

請求者は、太枠の中だけ記入してください。

請求書 年 月 日 北九州市長 様 下記金額を請求します。		領収書 年 月 日 北九州市(区)会計管理者 様 下記請求金額を領収しました。		収入印紙
住所		住所		
氏名		氏名		
電話番号		電話番号		
請求金額 (頭に¥を入れる。)	十	億	千	百
	十	万	千	百
				円
請求者番号				
		<small>(請求者番号の下6桁を記入)</small>		
件名 年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 (介護予防支援)				
年 月分				

請求書兼領収書 (雑用)

請求者は、太枠の中だけ記入してください。

請求書 年 月 日 北九州市長 様 下記金額を請求します。		領収書 年 月 日 北九州市(区)会計管理者 様 下記請求金額を領収しました。		収入印紙
住所		住所		
氏名		氏名		
電話番号		電話番号		
請求金額 (頭に¥を入れる。)	十	億	千	百
	十	万	千	百
				円
請求者番号				
		<small>(請求者番号の下6桁を記入)</small>		
件名 年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 (介護予防支援)				
年 月分				

介護予防プラン作成 請求者 一覧表Ⅱ

(介護予防ケアマネジメント)

北九州市長 様

受託者

所在地：
 事業所名：
 (事業所番号：)
 管理者名：
 連絡先：TEL 担当者：

_____年 _____月の作成請求者を、下記のとおり報告します。

2 介護予防ケアマネジメント作成対象者

※本一覧表にはⅠとⅡがあります。ご注意ください。※地域包括ごと、被保険者番号順に記載。

被保険者番号 ----- 氏名	初回・継続・連携加算 ※該当に○			介護予防支援事業所	備考
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	
-----	初回 ¥6,600	継続 ¥3,900	委託 連携加算 ¥2,700	地域包括支援センター ()	

- ・「初回」とは、介護予防ケアマネジメント費の基本単位に初回加算が上乗せできるものを指す
- ・「継続」とは、介護予防ケアマネジメント費の基本単位を算定するものを指す
- ・「委託連携加算」とは、介護予防ケアマネジメント費の利用者一人につき指定介護支援事業所に委託する初回に限り、加算ができるものを指す。

※Ⅱ：介護予防ケアマネジメント対象

サービス・活動事業（予防給付型・生活支援型）のみ

請求書兼領収書 (雑用)

請求者は、太枠の中だけ記入してください。

請求書 年 月 日 北九州市長 様 下記金額を請求します。		領収書 年 月 日 北九州市(区)会計管理者 様 下記請求金額を領収しました。		収入印紙
住所		住所		
氏名		氏名		
電話番号		電話番号		
請求金額 (頭に¥を入れる。)	十	億	千	百
	十	万	千	百
				円
請求者番号				
<small>(請求者番号の下6桁を記入)</small>				
件名 年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 (介護予防ケアマネジメント) 年 月分				

請求書兼領収書 (雑用)

請求者は、太枠の中だけ記入してください。

請求書 年 月 日 北九州市長 様 下記金額を請求します。		領収書 年 月 日 北九州市(区)会計管理者 様 下記請求金額を領収しました。		収入印紙
住所		住所		
氏名		氏名		
電話番号		電話番号		
請求金額 (頭に¥を入れる。)	十	億	千	百
	十	万	千	百
				円
請求者番号				
<small>(請求者番号の下6桁を記入)</small>				
件名 年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 (介護予防ケアマネジメント) 年 月分				

請求書 (※例示は介護予防支援)

記入例

介護予防支援: 予防給付(訪問看護・福祉用具貸与など)もしくは

予防給付+サービス・活動事業(予防給付型・生活支援型)

介護予防ケアマネジメント: サービス・活動事業(予防給付型・生活支援型)のみ

請求書兼領収書 (委託、工事、補助金等雑用)

請求書 年 月 日 北九州市長 様 下記金額を請求します。		領収書 年 月 日 北九州市(区)会計管理者 様 下記請求金額を領収しました。	
住所 氏名 電話番号		住所 氏名	
請求金額 (頭に¥を入れる)		請求者番号 (請求者番号の下6桁を記入)	
件名 令和〇〇年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料(介護予防支援)		収入印紙	
令和〇〇年 〇月分		記入不要	

当月請求分(月遅れを含む)を提出してください。
 年度をまたぐ場合は年度毎に提出してください。

会計室の「債権者登録」をされ、登録している口座への振込を希望される場合は、「請求者番号」の記入をお願いします。

- 「委託契約書」の契約者と同じ名義・印を記載・押印してください。
 ※ただし、「支払金口座振込依頼書兼委任状」により、請求に関する権限を「契約者」から「受任者」へ委任している場合、請求書欄には「受任者」の同一のものを記載・押印してください。押印は、領収書欄や請求金額欄にはみ出さないようにお願いします。
- 会計室の「債権者登録」をされ、登録している口座への振込を希望される場合には、「債権者登録」と同様の登録内容を記載してください。
 「債権者登録」し「請求者番号」を記入された場合、押印省略可能です。
- 氏名の欄には、団体法人名・代表者職・氏名を記載してください。
令和8年4月1日以降は、請求者は代表者職・氏名の記載は省略可能です。

※ 月遅れ請求は、介護予防プラン作成請求者一覧表は月ごとに提出、請求書兼領収書は年度が同じ場合はまとめて記載。年度をまたぐ場合は別々に提出してください。

<参照>北九州市版 介護予防サービス・支援計画作成マニュアル
 http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755140.pdf
 http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755141.pdf

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

所属名：

電話番号：

クリックして選択

《基本情報》

作成日	()		本人の	クリックして選択	生年月日と相談日から、年齢を自動入力
フリガナ 本人氏名	「平成21年4月1日」ならば、「2009/4/1」と入力	性	自動でフリガナ入力	クリックして選択	オ
住所	住所	電話	明治=m 大正=t 昭和=s 平成=h 「t13. 1. 1」という形で入力すると「大正13年1月1日」と表示されます。他の日付入力のところも同様です。	携帯	
相談者氏名	住所	続柄	電話		
障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	クリックして選択		クリックして選択	
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 (年 月 日) (認定日R 年 月 日)	認定結果	(有効期間)R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
	被保険者番号 ()	地域包括支援センター ()	クリックして選択		
障害等認定 (手帳有・無)	等級等： 障害名： クリックして選択		等級等： 障害名： クリックして選択		
その他	特定疾患・被災者等				
本人の 住居環境	クリックして選択	クリックして選択	※自宅周辺の環境（坂、階段等の状況） クリックして選択		
緊急連絡先	氏名	住所	連絡先	家族構成	
				◎ 回 =本人 ○=女性 □=男性 ●=死亡 ☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」（同居家族は○で囲む）	
その他 連絡先				家族構成	
家族関係等					
健康保険 種類	その他 (本・家) クリックして選択	経済状況	その他	クリックして選択	

《相談内容と対応》

相談経路	他機関での 相談状況
相談内容	
対 応	相談継続 回数 () 日 () 時 / ・なし 担当：
備考	相談継続 回数 () 日 () 時 / ・なし 担当：

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	本人の1日の生活の過ごし方		
	時間	本人	介護者・家族
	趣味・楽しみ・特技	友人・地域との交流	

《現病歴・既往歴と経過》（現在の状況に関連するものまた主疾患について、新しいものから順に書く）

発病・治療開始日	病名	医療機関・医師名 (主治医及び意見作成者に☆)	経過	治療中の内容や備考
年 月 日		Tel		クリックして選択
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		

《現在利用しているサービス》

介護保険サービス（事業者名）	介護保険外サービス	
		個人情報使用同意書にて本人や家族に同意を得た場合は、署名の必要はない。 ※ただし、個人情報使用同意書にて同意を得た旨を記載する。 (記載例)別途個人情報使用同意書あり ※記載については手書き、入力、印鑑可
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医ト、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業所、介護センター、成年後見センターその他本事業の実施に必要な範囲で関係機関等に提示することに同意します。		
令和 年 月 日	氏名	(例) 別途個人情報使用同意書あり

※【家族の同意が必要な個人情報の使用について】

介護予防支援（ケアマネジメント）契約書 第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

令和 年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画表①

利用者名	様	要支援 1	地域支援事業
		認定済	リストから選択 初回
認定年月日	直接記入	認定の有効期間	
計画作成者氏名			
委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）			
計画作成（変更）日		（初回作成日）	
担当地域包括支援センター：			

アセスメント領域と現在の状況	回答欄	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向
運動・移動について			
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	転倒 閉じこもり	直接記入
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	いいえ	転倒 閉じこもり	
15分位続けて歩いていますか	いいえ	転倒 閉じこもり	
この1年間に転んだことはありますか	いいえ		
転倒に対する不安は大きいですか	はい	転倒 閉じこもり	
バスや電車で1人で外出していますか	はい		
週に1回以上は外出していますか	いいえ	閉じこもり	
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ		
その他記載欄			
日常生活（家庭生活）について			
日用品の買い物をしていますか	いいえ	生活機能低下	直接記入
預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	生活機能低下	
周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	いいえ		
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい		
今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ		
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ		
お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ		
口の渇きが気になりますか	はい	口腔ケア（口腔機能低下）	
毎日、歯みがきや入れ歯の手入れをしていますか。	はい		
その他記載欄			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			
友人の家を訪ねていますか	いいえ	物忘れ 閉じこもり	直接記入
家族や友人の相談にのっていますか	いいえ	物忘れ 閉じこもり	
（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	いいえ		
（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが、今は楽しめなくなりましたか	いいえ		
（ここ2週間）以前は楽にできていたことが、今は難しく感じられますか	いいえ		
（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ		
（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	はい	うつ傾向	
その他記載欄			
健康管理について			
食べる量が減りましたか（通常の2/3以下）	はい	低栄養	直接記入
6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありますか	はい	低栄養	
身長 []cm、体重 []kg			
健康のために自分で努めていることは何ですか	直接記入		
その他記載欄			

健康状態について
 □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

直接記入

介護予防サービス・支援計画表②

様

領域における課題（背景・原因）		総合的課題 （左欄が該当した場合は総合的課題を選択）		課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族						
転倒 ■有 □無 転倒しそうな場所には予防策をしていますか 自由記載欄		<input checked="" type="checkbox"/> 該当 いいえ	<input type="checkbox"/> 該当 転倒しない生活環境をつくりたい	1.	1.						
転倒しやすい状態ですが予防できていますか 背景・ 考えら れる原因		日ごろ、体操やストレッチなどの運動をしている 自分の飲んでいる薬の副作用を知っている 足の問題（うおのめ等）や足の爪の問題（まき爪、肥厚爪等）を放置せず治療している その他記載欄	いいえ はい はい			転倒予防の運動をしたい					
閉じこもり ■有 □無 どうして閉じこもりやすい生活になったのでしょうか		<input checked="" type="checkbox"/> 該当				直接記入					
背景・ 考えら れる原因		体調が悪くて外出してない 行くところがない 気分が沈むため 膝、腰、足がふらついたり、痛いため 外出しにくい居住環境のため 家族からの影響のため 尿漏れが気になるため その他記載欄	該当する 該当する 該当しない 該当する 該当する 該当しない 該当しない					かかりつけの医師と相談し体調をととのえたい 家や地域で取り組める役割をもつ 支援者といっしょに、できる外出や運動に取り組む 外出できるよう居住環境を整えたい			
生活機能低下・物忘れ ■有 □無 どうして生活機能低下や物忘れを起こしやすい生活なのでしょうか		<input checked="" type="checkbox"/> 該当						2.	2.		
家事などできるがしていない場合		<input type="checkbox"/> 該当しない									
家事などできない状態の場合		<input checked="" type="checkbox"/> 該当する									
背景・ 考えら れる原因		体調が悪くて家事などできない 家事をすると疲れる 膝・腰・足がふらついた リストから選択 できない ひとりでは危なくて家事ができない その他記載欄	できない 疲れる できない できない							支援者といっしょに、できる家事に取り組む	
口腔ケア ■有 □無 どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか		<input checked="" type="checkbox"/> 該当								3.	3.
背景・ 考えら れる原因		歯や歯ぐき、入れ歯の具合が悪い（噛むと痛む等） 歯が抜けているのに入れ歯を使っていない 口の中が粘つく、口がパサつく 味がわかりにくい、味が変になった	該当する 該当しない 該当する 該当する								
どうして口腔ケアが不十分になっているのでしょうか		<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当しない									
背景・ 考えら れる原因		歯みがきやいれ歯の手入れが面倒だったり、忘れてしまう 口腔の問題に関心がなく、放置している 歯や入れ歯の手入れ、ブクブクうがいが多い その他記載欄	該当しない 該当しない 該当しない								
うつ傾向 ■有 □無 自分なりの活動に取り組むことで、生活にはりあいがもてますか		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		4.	4.						
背景・ 考えら れる原因		生活にはりあいがもてない 自分では解決の糸口がつかめない その他記載欄	該当しない 該当しない								
低栄養 ■有 □無 どうして低栄養をおこしやすい食生活なのでしょうか		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		5.	5.						
背景・ 考えら れる原因		日頃、栄養など意識して食べてない 買い物に行けない 調理ができない 歯や口の問題でおいしく食べれない 食べる気力がない その他記載欄	該当する 該当する 該当する 該当する 該当しない			栄養に配慮して食事をしたい 支援者といっしょにできる買い物をしたい 調理ができるようになりたい 適切な口腔ケアを受けて、おいしく食べたい					

目標とする生活

1日	
1年	

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1.						
2.						
3.						

本ページのブルー欄は直接記入

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

--	--

領域	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
基本チェック結果	0/5項目	0/2項目	0/3項目	0/2項目	0/3項目	0/5項目

地域包括支援センター	【意見】	【確認印】
------------	------	-------

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____年 月 日 氏名 _____

介護予防サービス・支援計画表

介護予防サービス・支援計画書

参考：標準ケアプラン様式

NO.

利用者名

様

認定年月日

年月日

認定の有効期間

年月日～年月日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(運輸先)

計画作成(変更)日 年月日 (初回作成日 年月日)

担当地域包括支援センター:

目標とする生活

1日

1年

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				期間	
							本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所		
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	()						
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	()						
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	()						

健康状態について
口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
要るべき支援の実施に向けた方針

総合的な方針・生活不活発病の改善・予防のポイント

※本チェックリストの(該当した項目数)／(質問項目数)を記入してください。地域支援事業の普及は必要事項プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

利用者名 様 _____

計画作成者氏名 _____ 0

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
1.						
直接記入						
2.						
3.						

総合的な方針	地域包括支援センター意見
直接記入	<input type="radio"/> プラン継続 <input checked="" type="radio"/> プラン変更 <input type="radio"/> 終了 <input checked="" type="radio"/> 総合事業 <input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 介護給付 <input type="radio"/> 終了

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 様 計画作成者氏名

年月日	内容
令和〇年〇月〇日（ ）	相談の経緯、支援に至った経緯を記載する。
【初回相談】	▲▲氏より電話あり。転倒して骨折して以降、足の動きが悪くなり、屋内外の出入りや日常生活が大変になっているとの事。
令和〇年〇月〇日（ ）	▲▲氏宅訪問。
【初回訪問】	□□氏（長女）と■氏（友人）が同席。
〇時～〇時〇分	アセスメント実施。・・・・・・・・・・・・・・・・。
	本人・家族に契約書、重要事項説明書、同意書を説明し同意を得て、署名・捺印を頂く。
	利用者が入院する必要がある場合は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるように説明、依頼した。
	通所リハビリテーション利用の意向あり。本人・家族に医師の意見を確認させて頂く旨を説明し、了承を得る。
令和〇年〇月〇日（ ）	〇〇区統括支援センターへ、介護認定審査会資料請求のため予約を入れる。
令和〇年〇月〇日（ ）	契約書、重要事項説明書、同意書、作成依頼（変更）届出書を提出。審査会資料、委託書を受け取る。
令和〇年〇月〇日（ ）	〇〇病院◇◇医師に連絡。意見聴取の為、訪問したい旨を伝え〇月〇日〇時面談予定となる。
令和〇年〇月〇日（ ）	〇〇病院訪問し、◇◇医師と面談。
	本人の意向を説明。通所リハビリの必要性についての意見を確認。他、通所リハビリ利用における禁忌事項や留意点等確認事項や留意点について確認。（内容記載）・・・・・・・・。。。

【本人宅訪問】

- ・自宅訪問し、本人・家族（続柄記載）と面談。
- ・『介護保険被保険者証』確認 【要支援〇】
- ・『介護保険負担割合証』確認 【〇割】

【契約】

- ・本人・家族（続柄）へ
- ・『介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約書』
- ・『重要事項説明書』『介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約における個人情報使用同意書』の内容について説明、同意の上、署名・捺印をいただく。（代筆の場合は代筆に至った経過を記載）
- ・介護予防サービス計画作成依頼届出書提出のため、介護保険被保険者証を預かることを説明し預かる。

【初回アセスメント】

利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表①②に基づきアセスメントし、その内容を記載する。

※1 居宅介護支援経過は、具体的に、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整など記入する

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
	ケアプランについて本人、長女に同意を得て、本人に署名を頂く。各サービス事業所に個別サービス計画の提出を依頼した。		【ケアプラン目標2】について
令和〇年〇月〇日（ ） （電話）	地域包括支援センター〇〇1へ、〇月〇日〇時に原案確認の予約を入れる。		【その他】について 残薬あり。やや体重も減少している。..... 【結論】
令和〇年〇月〇日（ ）	地域包括支援センター〇〇1で原案確認を受ける。		【利用提供票】の交付（誰に交付したか記載）
令和〇年〇月〇日（ ）	包括支援センターから助言があれば、それを支援経過記録に記載しておく。		〇〇病院◇◇医師へ連絡。 最近の本人の様子や服薬状況を伝え、次回、本人受診時に確認して頂くようにお願いする。.....
令和〇年〇月〇日（ ）	本人、●●デイケアセンター管理者◆◆氏、▽▽ヘルパーステーションサンサービス提供責任者▼▼氏へ		
	地域包括支援センターで承認されたケアプランの写し、及び利用提供票の〇月～〇月分を交付。		
令和〇年〇月〇日（ ）	本人へ電話によるモニタリングを行う。		
【モニタリング】	モニタリングは、目標達成に向けてどのように本人が取り組んでいるか、サービスの実施状況、本人の満足度、モニタリングした上での今後の課題について記載する。		
令和〇年〇月〇日（ ）	▽▽ヘルパーステーション▼▼サービス提供責任者より連絡あり。ここ最近ボーッとした様子が見られ、食欲低下が有り。服薬も出ていない状況がうかがえるとの事。.....		
令和〇年〇月〇日（ ）	自宅訪問し、本人と面接。		
【モニタリング訪問】	【ケアプラン目標1】について		
〇時～〇時〇分		

【記載が必要な事項】

- 1 毎月のモニタリング記録
（目標についてのモニタリングを視点に入れる、本人の状況やケアプランの目標についての達成度、本人の満足度、サービスの実施状況、今後の課題など）
- 2 訪問時の記録
- 3 サービス担当者会議の記録（別紙可）
- 4 交付書類、交付先、交付日の記載（計画書、利用提供票など）
- 5 医療系のサービスを利用する場合は、医師との連携の記録、ケアプラン交付の記録
- 6 その他
 - ・ 契約に関する事項が事務手順どおりに実行できなかった経緯の記録
 - ・ 事業所や医療との情報交換や連携を行なった時の内容の記録

